

様式第 5 号（第 4 条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

山梨市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ											生年月日	年 月 日
	被保険者氏名											性別	男・女
	住所	〒 電話番号											

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 7 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

第 2 号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--